

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

553

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean AVRILLEAUD

né le 8 Novembre 1909, à Montsoreau (Maine-et-Loire)

A propos de quatre
observations de Méningococcémies
chez l'enfant

Président : M. DEBRÉ, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean AVRILLEAUD

né le 8 Novembre 1909. à Montsoreau (Maine-et-Loire)

A propos de quatre
observations de Méningococcémies
chez l'enfant

Président : M. DEBRÉ, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

2. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSEY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFIENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JOANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY.....	Pathologie médicale.
BENARD Henri.....	Pathologie médicale.
BENARD Et.....	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).....	Hydrologie.
BOULIN.....	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
COSTE.....	Pathologie médicale.
FEY.....	Pathologie médicale.
BOGNON.....	Physique.
FUNCK-BRENTANO.....	Urologie.
GASTINEL.....	Pathologie chirurgicale.
GAULIARD.....	Parasitologie.
CHEVALLIER.....	Bactériologie.
MM.	
DE GAUDART.....	
D'ALLAINES.....	Pathologie chirurgicale
DE GENNES.....	Pathologie médicale.
GAYET.....	Physiologie
GIROUD.....	Histologie.
HAGUENAU.....	Pathologie médicale.
HALPHEN.....	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD.....	Pharmacologie.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologique
JOANNON.....	Hygiène.
LACOMME.....	Obstétrique.
LANTUEJOUL.....	Obstétrique.
LAROCHE Guy.....	Pathologie médicale
LELONG.....	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique
PETIT	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDLIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie
CHAILLEY	
BERT	Physiologie
GUENIOT	Obstétrique

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU	
LEMAIRE ...	Parasitologie
PHILIBERT ..	Bactériologie.
VAUDESCAL....	Obstétrique

IV Agrégés chargés de cours de clinique annexes à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLÉRY-RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale	
VELTER		
ECALLE		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé. . .	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PERE

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEBRÉ
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

AU DOCTEUR DENOYELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin-Chef du Service des Enfants à l'Hôpital de Tours

Professeur à l'Ecole de Médecine

de plein exercice de Tours

Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre profonde gra-
titude.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS DE MÉNINGOCOCCÉMIES CHEZ L'ENFANT

HISTORIQUE

Les premières observations de septicémie à méningocoques paraissent succéder à une atteinte méningée.

Osler, en 1898, signale le méningocoque dans le sang et dans le pus d'une arthrite au cours d'une méningite cérébro-spinale.

Jusqu'en 1902, où Salomon relate une méningococcémie à forme pseudo-palustre, les observations décrivent des septicémies succédant à une atteinte méningée.

Warfield et Walker, en 1903, rapportent un cas de septicémie pure chez un malade atteint d'endocardite aiguë due aux méningocoques.

Netter, Chevrel et Bourdinière donnent par la suite des descriptions plus complètes.

La différence désormais est bien établie et l'on peut distinguer :

- 1° La méningite cérébro-spinale ;
- 2° L'infection méningococcémique.

Ainsi Boulanger-Pillet citant deux ouvrages a noté cette différence :

En 1911 c'est la méningite cérébro-spinale de Netter ; en 1921 c'est l'infection méningococcique de Netter.

INTRODUCTION

Le méningocoque ne se fixe point exclusivement sur les méninges où la clinique et le laboratoire nous permettent de le déceler aujourd'hui. On le trouve aussi dans le sang, et alors les symptômes atypiques gênent le diagnostic qui ne se précise souvent qu'en présence d'une atteinte méningée.

La septicémie à méningocoques est sans doute plus fréquente qu'on ne le croit dans la première enfance et ceci à cause de son diagnostic délicat. Elle peut, en effet, rester inconnue jusqu'au moment où des symptômes méningés viennent éclairer la nature de l'infection.

OBSERVATIONS

Forme pseudo-palustre à symptomatologie typique et terminée rapidement par la guérison

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, en excellent santé habituelle et sans antécédents pathologiques.

Le début se fait brutalement le 22 avril 1935 par des frissons prolongés avec céphalées, un état de courbature généralisée, des sueurs profuses.

La température est à 40° le premier soir et l'aspect clinique est celui d'une grippe banale.

Le lendemain la température est revenue subitement à 37° et s'y maintient pendant deux jours avec sédation complète de tous les signes fonctionnels.

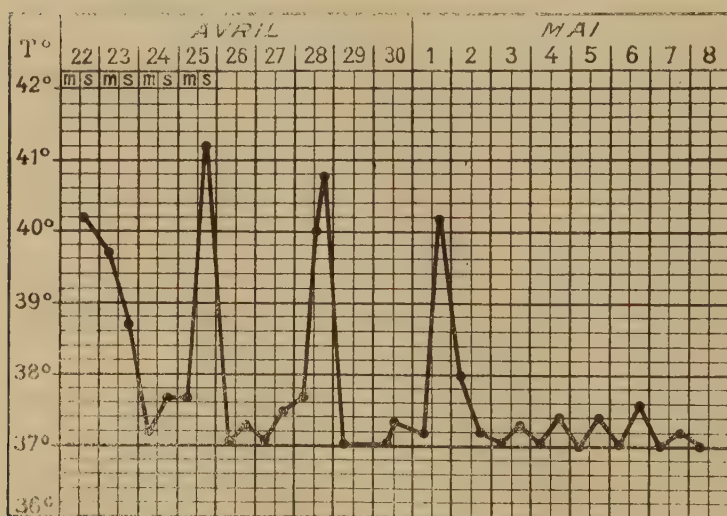
Le 25 avril la malade ressent un nouveau malaise avec frissons, céphalées, et de nouveau la fièvre atteint 41°2. L'examen clinique est entièrement négatif, mais la malade accuse des douleurs peu intenses dans les genoux et dans les chevilles. Des sueurs profuses marquent la fin de l'accès fébrile. L'idée de rhumatisme articulaire étant éveillée on donne à la malade 6 gr. de salicylate de soude par jour.

Les deux jours suivants, 26 et 27 avril, l'apyrexie est complète, l'enfant se trouve guéri et demande à s'alimenter.

Mais le 28 une poussée nouvelle, beaucoup plus violente, a lieu et est suivie d'un frisson prolongé. Nouvelle ascension thermique à 39°8.

Ce jour-là l'enfant est très prostré, légèrement délirant. Pouls à 140 ; la langue rose et humide. Il n'y a pas de troubles digestifs, le ventre est souple, le foie ne déborde pas et la rate n'est pas perceptible.

Il n'existe aucun signe de réactions méningées, ni Kernig, ni raideur de la nuque.



L'enfant se plaint seulement de douleurs aux genoux et aux coudes, mais il n'existe à ce niveau ni gonflement, ni rougeur. On constate, au niveau de la face antérieure des deux jambes et également à l'avant-bras droit, la présence de petites nodosités violacées induites à peine douloureuses.

Le diagnostic de méningococcémie étant fait, on institue le soir même un traitement spécifique. On commence par une injection de sérum antiméningococcique polyvalent de 60 cm³ et une injection intra-veineuse de gonacrine.

Une poussée plus légère se produit encore après quarante-huit heures d'apyrexie. Dans l'intervalle les phénomènes cutanés s'étaient étendus **aux deux avant-bras**.

La guérison est survenue sans aucun incident, ni complications.

REMARQUES

Cette observation est absolument classique et bien que le prélèvement de sang pratiqué le soir même de la poussée fébrile soit resté négatif, on peut affirmer le diagnostic de méningococcémie à forme pseudo-palustre.

La fragilité du germe est telle que le transport du prélèvement suffit à le détruire et c'est là une nouvelle difficulté pour le diagnostic.

Cette forme est superposable aux formes décrites d'abord par Salomon, en 1910, puis par Follet et Sacequèpe, Chevrel et Bournière, en 1910.

Le diagnostic n'est possible qu'après apparition d'un trépied caractéristique : fièvre intermittente survenant chez notre malade tous les trois jours.

Arthralgie légère, sans phénomène inflammatoire et disparaissant dans les intervalles des accès fébriles,

Erythèmes papuleux apparaissant le sixième jour.

Le diagnostic de grippe, de R.A.A., de paludisme était à discuter.

L'intérêt de notre observation réside dans sa guérison immédiate sous l'influence de la sérothérapie et de la gonacrine.

Cette évolution favorable est loin d'être la règle, car le caractère de cette forme est sa longue durée et sa résistance à la thérapeutique.

**Forme pseudo-palustre à évolution très prolongée
résistant à la sérothérapie et terminée par la guérison
sous l'influence de la gonacrine**

L'enfant, âgé de 7 ans, entre à l'hôpital le 19 juin 1936. Le début de la maladie remonte au 29 avril, c'est-à-dire six semaines auparavant.

La courbe de température qui nous est communiquée montre une fièvre intermittente absolument typique et survenant tous les deux jours. Au début ces accès fébriles ne s'accompagnent d'aucun phénomène clinique, ni cutané, ni articulaire. Quelques troubles digestifs, une langue un peu sale font penser à la possibilité d'une fièvre typhoïde, mais deux hémocultures, faites à quinze jours d'intervalle, restent négatives, ainsi que le séro-diagnostic.

Cependant, le 12 avril, l'enfant accuse des douleurs articulaires et le traitement salicylé est appliqué sans résultat. De même un traitement par le sulfate de

quinine, prolongé pendant une dizaine de jours, n'a aucune influence sur la courbe thermique.

Le 3 mai nous avons l'occasion d'examiner l'enfant et notre examen révèle l'existence d'une rate palpable et percutable. Il existe, au niveau des jambes, quelques taches érythémateuses très discrètes n'ayant pas le caractère purpurique. Une nouvelle hémoculture est pratiquée sur bouillon ascite, mais reste négative.

La sérothérapie est instituée et l'enfant reçoit successivement, du 6 au 12 mai, une injection quotidienne de 40 cm³.

Le 10 juin surviennent des accidents sériques urticariens généralisés et fortement prurigineux, mais qui cèdent rapidement ; l'aspect de la température est légèrement modifié sous l'influence de la sérothérapie ; les accès deviennent quotidiens, tous les soirs à peu près à la même heure l'enfant présente une brusque élévation thermique à 38°5, 39°, et après des sueurs abondantes tout rentre dans l'ordre. L'état général reste excellent, l'appétit est conservé, il n'y a pas d'amaigrissement.

Le 13 juin, après la disparition des accidents sériques on constate l'existence d'un érythème purpurique généralisé avec prédominance au niveau des membres : c'est à ce moment, le 17 juin, qu'une hémoculture est enfin positive et révèle l'existence du méningocoque B.

La gonacrine en injection intraveineuse est commencée le 14 juin et sera continuée tous les deux ou

trois jours, jusqu'à concurrence de neuf injections à 2 cgr.

A partir du 20 juin la courbe thermique se modifie à nouveau, les accès s'espacent, ne survenant que tous les deux jours, et ils sont surtout beaucoup moins violents. Les arthralgies disparaissent et les érythèmes régressent progressivement.

A partir du 5 juillet la guérison est obtenue et se maintient définitive malgré une petite rechute survenue une dizaine de jours après la sortie de l'hôpital.

REMARQUES

Cette observation est remarquable d'abord par la durée de la maladie, qui débute le 19 avril et se termine le 4 juillet. Pendant toute cette évolution l'état général n'est pas touché et l'enfant supporte sa température sans dénutrition.

Le deuxième point important c'est que la température est restée longtemps le seul signe objectif constaté.

Les arthralgies fugaces ne sont apparues que le quinzième jour et les érythèmes après plus d'un mois de température.

Il semble d'ailleurs que la poussée érythémateuse purpurique se soit déclenchée après accident sérique.

Ici encore trois hémocultures successives sont restées négatives et seulement la quatrième, faite à l'hôpital, dans de bonnes conditions, a révélé le germe.

Il faut noter l'absence totale d'action du sérum anti-

méningococcique qui a cependant modifié le rythme des accès fébriles sans les faire disparaître. Il semble que la guérison se soit produite seulement après les injections intraveineuses de gonacrine.

Forme purpurique à évolution prolongée

L'enfant, âgé de 4 ans, entre à la crèche de l'hôpital général le 24 février. Il est malade depuis le 3 ou 4 janvier ; c'est le 20 février qu'il a présenté, dans la soirée, un malaise digestif avec vomissements alimentaires, prostration et fièvre. Ce malaise s'est reproduit à deux reprises différentes après une journée d'apyrexie, et la veille de son entrée la mère a constaté une poussée urticarienne sur les membres inférieurs et sur l'abdomen.

Au premier examen, le 24 février au matin, on trouve un enfant vif et gai, ne se plaignant de rien et réclamant à manger. L'examen général est négatif. Aucune trace éruptive n'est restée visible, la langue est un peu saburrale et la rate percevable sur deux travers de doigts.

L'enfant a présenté d'une façon régulière, tous les deux jours, un accès fébrile de courte durée, mais accompagné d'une éruption cutanée. La crise du 29 février est tout à fait caractéristique, après un repas pris de bon appétit l'enfant s'endort, puis se réveille

frissonnant et se plaignant de la tête. Il vomit, et la température monte à $39^{\circ}2$. On constate à ce moment l'existence de placards urticariens très étendus sur le corps et sur les membres. L'enfant est resté fatigué, et bien que la température soit revenue à la normale le pouls est à 120. La langue reste sale, le ventre douloureux, mais l'éruption urticarienne a complètement disparue. La rate est nettement palpable sous les fausses côtes et on la percute sur trois travers de doigts.

Une hémoculture est pratiquée et se montre positive le 10 mars, par la présence d'un diplocoque donnant l'aspect du ménincocoque.

D'ailleurs les accès se répètent sans rythme régulier, les éléments éruptifs deviennent plus nombreux et plus tenaces. A côté de placards nodulaires d'aspect nettement urticariens apparaissent des pétéchies sur les deux membres inférieurs.

Le traitement est institué dès le 8 novembre, l'enfant reçoit, tous les deux jours, pendant huit jours, 50 cm^3 de sérum polyvalent.

On fait une injection intraveineuse de gonacrine, mais ce traitement doit être interrompu par l'impossibilité de découvrir une veine accessible.

Malgré les injections de sérum la courbe thermique ne se modifie nullement. Les érythèmes sont tenaces et deviennent de plus en plus purpuriques, il n'existe aucun signe hémorragique : le temps de coagulabilité du sang est normal, le signe du lacet est négatif, la numération globulaire donne le résultat suivant :

Il existe une légère leucocytose.

Le 16 mars il apparaît subitement un érythème morbillieux d'abord sur la face, puis sur le tronc de l'enfant : il est atteint de coryza avec rougeurs des conjonctives et énanthème. Le signe Koplik n'est pas constaté, mais la coïncidence d'autres cas de rougeole dans le service fait qu'on peut affirmer le diagnostic de rougeole.

La température se maintient autour de 39° pendant quatre jours, sans accès fébriles très élevés.

L'érythème purpurique persiste, la rate est de plus en plus volumineuse, l'éruption morbilliforme disparaît le 20 et immédiatement les accès fébriles se reproduisent.

L'enfant reçoit à ce moment, trois jours de suite, 28, 29 et 30 mars, 100 cm³ de sérum antiméningo B.

Aucune modification n'est constatée, les accès restent quotidiens, violents, et l'érythème purpurique persiste.

Le 4 avril l'enfant est très prostré, se plaint de céphalée. Il existe une légère raideur de la nuque, mais sans présence de Kernig.

La ponction lombaire permet de recueillir un liquide clair fortement hypertendu et l'examen cytologique reste négatif. Légère augmentation de l'albumine : 0,40, trois lymphocytes, aucun germe visible à l'examen direct, ni après culture.

Dans les deux jours qui suivent la température baissent l'a lysis pour atteindre 37° le 10 avril

L'apyrexie reste complète pendant huit jours et l'en-

fant paraît guéri. Tous les signes cliniques ont disparu, sauf la splénomégalie qui persiste.

Le 19 avril, nouvelle accès fébrile avec réapparition de tous les symptômes. Un abcès de fixation est pratiqué le 23, et après quelques oscillations la température retombe à la normale le 30 avril.

Cette fois la guérison reste définitive et l'enfant sort de l'hôpital le 17 en apyrexie complète.

L'intérêt de cette observation réside dans l'intensité des phénomènes cutanés apparus dès le début de la maladie, mais très fugaces, et disparaissant après la poussée thermique. Ces accidents ont persisté pendant toute la maladie et se sont transformés en érythème purpurique caractéristique.

Par ailleurs la maladie s'est montrée très tenace et a résisté à la sérothérapie spécifique à dose massive.

Une épisode infectieuse, la rougeole, a modifié l'évolution de la courbe thermique mais n'a pas influencé les phénomènes cutanés ni l'évolution générale de la maladie.

Il faut signaler l'effet de la ponction lombaire qui semble avoir fait céder la température, à tel point que pendant huit jours on a pu croire à une guérison complète.

Enfin il est à retenir l'heureuse action de l'abcès de fixation, qui semble avoir déclenché la guérison définitive.

**Forme thyphoïde à symptomatologie frustre
à localisation méningée mortelle**

Micheline, 4 ans, entre à l'hôpital le 24 novembre 1936 pour un état fébrile sans symptômes cliniques caractéristiques.

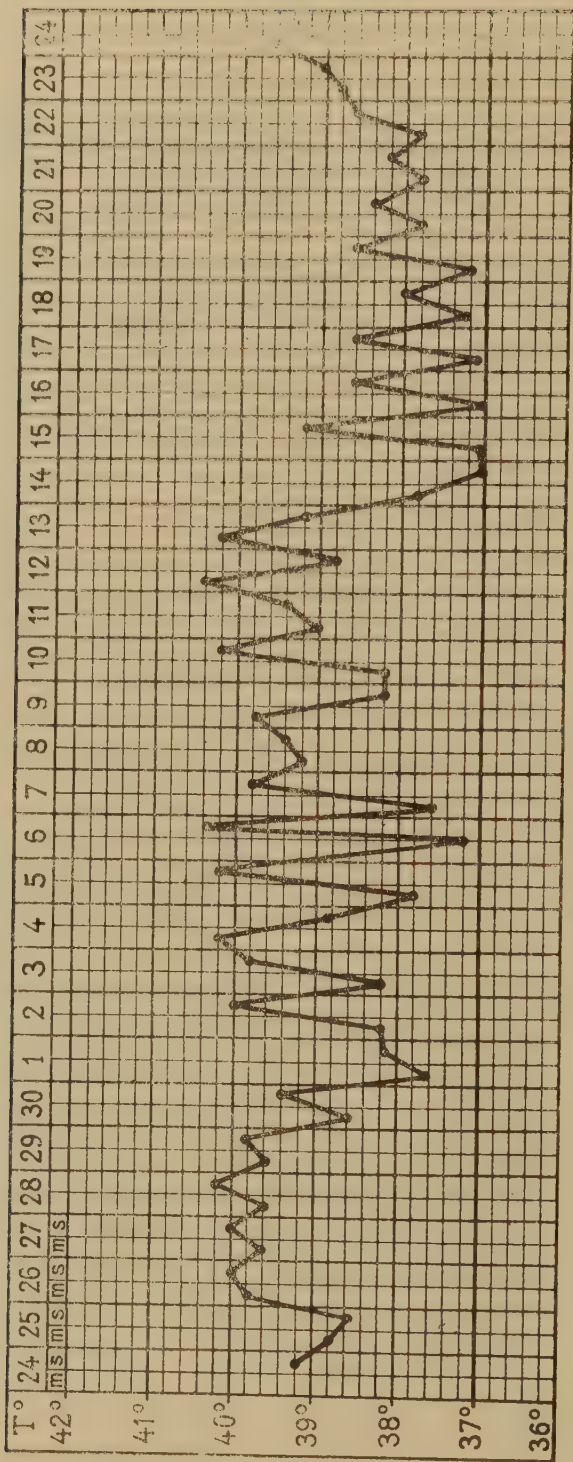
La fièvre oscille autour de 40° pendant quatre jours et une défervescence subite s'ébauche le 30 novembre et le 1^{er} décembre.

L'examen clinique reste négatif, de même que l'hémoculture et le séro-diagnostic.

A partir du 2 décembre la température prend un caractère oscillant : 40° le soir, 38° le matin. L'enfant se plaint à ce moment de douleurs dans la nuque et surtout d'otalgie bilatérale. Les tympans apparaissent rouges ; on fait une double paracenthèse qui ne donne lieu à aucun écoulement purulent.

Il existe à cette époque quelques signes méningés, céphalées, raideur de la nuque, mais deux ponctions lombaires, faites successivement, sont complètement négatives. En particulier celle du 4 novembre donne les résultats suivants : albumine, 0,18 ; sucre, 0,50. Une numération globulaire, faite le 8 décembre, dénote une anémie à 2.635.000 et une polynucléose importante : 21.600 globules blancs, dont 81/100 de polynucléaires.

Les phénomènes douloureux mastoïdiens persistent et une double mastoïdectomie est pratiquée, ne donnant d'ailleurs issue qu'à quelques gouttelettes de pus.



Il semble qu'une légère amélioration se dessine, mais, subitement, le 12 décembre, des signes méningés réapparaissent avec violence, accompagnés d'une éruption purpurique très importante.

La ponction lombaire donne :

Albumine : 0,90, 0/100 ;

Sucre diminué : 0,20, 0/100 ;

Chlorure diminué : 6 gr. ;

Globuline : présence ;

Présence de diplocoques. Culture en cours.

C'est seulement à ce jour que la sérothérapie est instituée d'une façon intensive.

A partir du 19 décembre l'enfant entre dans le coma et meurt le 23 décembre.

Cette observation est remarquable par son évolution d'allure typhoïde sans aucun signe clinique pouvant faire penser, au début, à une méningococcémie. De plus, les algies mastoïdiennes, la réaction méningée précoce sont tout à fait particulières. Il ne s'agissait que d'une réaction méningée, puisque les deux ponctions lombaires ont été négatives.

Enfin, la terminaison par une méningite cérébro-spinale, fait qui s'observe fréquemment à la suite d'une méningococcémie.

REMARQUES THERAPEUTIQUES

Les faits qui nous ont frappé dans nos observations sont les suivants : action rapide du traitement séro-

thérapeutique associé à la gonacrine dans notre première observation. Il est à noter qu'il fut appliqué précocement et c'est peut-être là le secret de cette guérison exceptionnellement rapide.

Mais, par ailleurs, nous avons été déçu par l'insuffisance de la sérothérapie, même spécifique, appliquée dans tous les autres cas. Même l'adjonction de la gonacrine dans ces cas tardifs ne semble pas avoir modifié l'évolution de la maladie. Ainsi, dans notre observation N° 3 la guérison spontanée que nous avons signalée.

Nous signalerons l'action heureuse, mais isolée, de l'abcès de fixation.

REMARQUES AU POINT DE VUE DIAGNOSTIC

Le praticien doit retenir que la fièvre intermittente chez l'enfant doit éveiller l'idée de méningococcémie.

Evidemment, si le cortège clinique est complet avec arthralgies et érythèmes, l'hésitation n'est guère possible, mais ces signes peuvent être tardifs ou manquer.

Le diagnostic s'égare évidemment vers le rhumatisme articulaire aigu, à cause des phénomènes articulaires, vers l'urticaire, à cause des phénomènes cutanés et aussi vers le purpura rhumatoïde. Nous penserons également au paludisme qui, bien qu'exceptionnel en France, est cependant possible. Nous éliminerons également la possibilité d'une fièvre typhoïde par l'hémoculture et le séro-diagnostic.

Pour le méningocoque l'hémoculture est difficile à réaliser en milieu rural, car elle nécessite une culture sur bouillon ascite et le transport détruit les germes, qui sont d'une grande fragilité. D'où il faut noter le grand intérêt et la nécessité même d'hémocultures répétées.

CONCLUSIONS

I. — Les septicémies méningococciques sont loin d'être exceptionnelles chez l'enfant, elles revêtent les mêmes caractères cliniques que chez l'adulte et les mêmes difficultés de diagnostic.

II. — Il faut conclure que toutes les fièvres intermittentes chez l'enfant doivent faire penser d'emblée au méningocoque et faire rechercher les autres signes caractéristiques, érythèmes et arthralgies.

Ces derniers, d'ailleurs, peuvent n'apparaître que tardivement ou rester très discrets.

III. — On ne peut compter, en milieu rural, sur les résultats de l'hémoculture pour affirmer le diagnostic. Même pratiqué dans de bonnes conditions celle-ci reste souvent négative et doit être faite à plusieurs reprises.

IV. — Le pronostic est évidemment subordonné à la possibilité d'une localisation méningée secondaire, cependant la guérison est fréquente, malgré la longueur de la maladie.

V. — Les résultats de la thérapeutique par la sérothérapie spécifique nous ont paru assez décevants.

Dans aucune de nos observations, excepté la première, nous n'avons véritablement constaté la guérison par la sérothérapie. L'action de la gonacrine nous semble avoir eu d'heureux effets, ainsi que l'abcès de fixation.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
DEBRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

SEPTICEMIE MENINGOCOCCIQUE

(Travaux depuis 1933)

- CHAKIR AMEUR. — Contribution à l'étude de la septicémie méningococcique à forme purpurique avec début abdominal. *Thèse de Paris*, Les Editions Véga, 1933.
- BONNEL (F.). — Sur un cas de méningococcémie à début oculaire et à forme de purpura rhumatoïde; irido-chroïdite et méningite cérébro-spinale consécutives. Guérison. *Gaz. Méd. du Sud-Est*, n° 21, 15 déc. 1934.
- FAVET. — La septicémie méningococcique expérimentale du cobaye. *Thèse de Lyon*, 1935-1936.
- GODVEILLE (F.). — Abscès pelvi-rectal à méningocoques avec occlusion intestinale mortelle au cours d'une méningococcie. *Paris Médical*, n° 22, 2 juin 1934, p. 474.
- GOLDBERG (R.-L.). — Les méningococcies. *Avenir Médical*, n° 9, p. 256, novembre 1934.
- GOUDSMIT (J.). — Case of pseudo-malaria in méningococcic septicemia. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 77: 5252-5260, 25 novembre 1933.
- GOURDON et GUILLAUME. — Gonacrine et méningo-coccémie à type pseudo-palustre. *Société de Médecine militaire française*, n° 4, avril 1933.
- HARRISON (F.-F.) et ABERNETHY (T.-J.). — Chronic méningococcemia; report of 2 cases, both associated with nephritis. *Clin. Misc. Mary I. Bassett-Hosp.* 1: 3-15, 1934.

- LEREBOULLET (P.) et VANIER (J.). — Septicémie méningococcique à forme purpurique et à début abdominal suivi de guérison. *Pédiatrie*, décembre 1933.
- MONNIER (M.) et RUTISHAUSER (E.). — Hyperthermie méningococcémie et hémorragie dans les formations tubériennes. *Société de neurol. de Paris*, séance du 3 novembre 1936; in : *Revue de Neurologie*, t. 66, n° 5, novembre 1936.
- POURSINES (Y.). — L'infection méningococcique. *Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 avril 1933.
- PHETI (L.). — Sepsis méningococcique premeningitica. Considerazioni cliniche. *Policlinico* (sez. prat.), 40 : 603-608, 17 avril 1933.
- RAFFRAY (R.). — Contribution à l'étude du traitement de la septicémie méningococcique à forme pseudo-palustre par l'endoprotéine. *Thèse de Paris*, 1936, Jouve et C^{ie} éditeur, Paris.
- RAKE. — Etude sur l'infection méningococcique. Etude d'une épidémie isolée. *O. of. expér. méd.*, avril 1935.
- RAKE et SCHERP. — Etudes sur l'infection méningococcique. *The journal of. experimental médecine*, n° 3, nov. 1933.
- RAKE. — Etudes sur l'infection méningococcique. Présence de précipitogène méningococcique dans le liquide céphalo-rachidien. *The Journal of experimental médecine*, n° 3, novembre 1933.
- Etudes sur l'infection méningococcique. VI. Le problème des porteurs. *The Journal of. experimental médecine*, vol. 59, n° 5, 1934, p. 553; in : *Office International d'Hygiène publique*, t. XXVIII, mai 1936, n° 5.
- RICHTER (A.-B.). — Méningococcemia. *J. A. M. A.*, 102 : 2012-1015, 16 juin 1934.
- ROCAZ et FIOT (M^{lle}). — Un cas de méningococcémie. *Pédiatrie*, septembre 1935.

- Un cas de méningococcémie. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 11, 20 avril 1935.
- SCHERP et RAKE. — Etudes sur l'infection méningococcique (8^e communication). *The Journal of che experimental medicine*, juin 1935, p. 753.
- Etude sur l'infection méningococcique. *The Journal of experimental medicine*, avril 1936, p. 547.
- SÈZE (Stanislas DE). — La méningococcémie. *L'Avenir Médical*, n° 3, mars 1935.
- STEWART-WALLACE. — Septicémie méningococcique chronique. *The British Medical Journal*, 9 mai 1936, p. 931.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



